

# 国民健康保険療養費支給申請書記入例

## 国民健康保険療養費支給申請書

(第 1 回)

① 令和 元 年 5 月 1 日

神奈川県医師国民健康保険組合理事長 殿

〒 231 - 0037

申請者  
(組合員)

住所 神奈川県横浜市中区富士見町3-1  
神奈川県総合医療会館4F

氏名 医師 太郎

電話番号 045 ( 231 ) 2685

### 海外療養費

次のとおり療養に要した費用に関する証拠書類を添えて申請いたします。

療養月 令和 年 月分

③

個人番号 1 2 3 4 5 6 7 8 9 0 1 2

|                 |                                                        |                      |                          |       |             |       |            |        |
|-----------------|--------------------------------------------------------|----------------------|--------------------------|-------|-------------|-------|------------|--------|
| 医療機関コード         |                                                        | 保険種別                 | ①. 国                     | 1. 本入 | 3. 未入       | 5. 家入 | 7. 高入8     | 9. 高入7 |
| ※設定機関コード        |                                                        |                      | 4. 退                     | 2. 本外 | 4. 未外       | 6. 家外 | 8. 高外8     | 0. 高外7 |
| 給付割合            | 7割 8割 9割 10割                                           | (療養を受けた)被保険者氏名       | 医師 花子                    |       |             |       | 組合員(家族)従業員 |        |
| 保険者番号           | 1 4 3 0 1 6                                            | 被保険者証記号・番号           | 31 - 0 1 2 3 4 5 6 7     |       |             |       |            |        |
| 性別              | 1. 男 2. 女                                              | 生年月日                 | 3. 昭和<br>5. 令和           | 4. 平成 | 1 年 1 月 1 日 |       |            |        |
| 療養種別            | 01. 一般診療 02. 装具 03. 柔整 04. マッサージ 05. 鍼灸 07. 移送 08. その他 |                      |                          |       |             |       |            |        |
| 点数表             | 1. 医科 3. 歯科 4. 調剤                                      | 実日数                  | 日                        |       | 食事日数        | 日     |            |        |
| 療養に要した費用        | 123,456 円                                              | 傷病名                  | 発熱                       |       |             |       |            |        |
| 一部負担金           |                                                        | 発病又は負傷               | 令和 年 月 日                 |       |             |       |            |        |
| 食事に要した費用        |                                                        | 傷病経過                 |                          |       |             |       |            |        |
| 食事標準負担額(薬剤負担金)  |                                                        | 療養期間                 | 令和 年 月 日から<br>令和 年 月 日まで |       |             |       |            |        |
| ※査定金額           |                                                        | 療養の給付を受けることができなかった理由 | ④ 渡航中の急な発熱の為現地で受診        |       |             |       |            |        |
| 支給金額            |                                                        | 渡航目的                 | ⑤ 旅行                     |       |             |       |            |        |
| 病院、診療所等の名称及び所在地 | × × × × × HONOLULU HI × × ×<br>ISHIKOKUHO CLINIC       |                      |                          |       |             |       |            |        |

|     |                                                       |                           |        |                             |      |               |  |
|-----|-------------------------------------------------------|---------------------------|--------|-----------------------------|------|---------------|--|
| 振込先 | ⑥ 神奈川県医師会<br>銀行 信用金庫 信用組合 農業協同組合 漁業協同組合<br>番号( 2304 ) | 支店 本店<br>出張所<br>番号( 001 ) | 預金種目   | ①. 普通<br>2. 当座<br>3. その他( ) | 口座番号 | 0 1 2 3 4 5 6 |  |
|     |                                                       |                           | (フリガナ) | イシ タロウ                      |      |               |  |
|     |                                                       |                           | 口座名義人  | 医師 太郎                       |      |               |  |

※欄は記入しないで下さい。

|      |      |      |      |    |    |    |    |       |          |                |
|------|------|------|------|----|----|----|----|-------|----------|----------------|
| ※処理欄 | 支給金額 | 円    |      |    |    |    | 備考 |       |          |                |
|      | 受付   | 常務理事 | 事務局長 | 次長 | 主幹 | 主査 | 係  | 申請入力  | 令和 年 月 日 |                |
|      |      |      |      |    |    |    |    | 決済入力  | 令和 年 月 日 |                |
|      |      |      |      |    |    |    |    | 支給日入力 | 令和 年 月 日 |                |
|      |      |      |      |    |    |    |    | 決裁    | 令和 年 月 日 | 起案<br>決裁<br>完結 |

① 日付けは投函日を記入して下さい。

② 住所欄はご自宅の住所を記入して下さい。お振込が完了しましたら、決定通知書をお送りいたします。氏名欄は組合員のお名前を記入して下さい。印は認印で構いません。

③ 療養を受けられた方のマイナンバーを記入して下さい。

④ 一般診療の場合は、給付を受ける事の出来なかった理由を具体的に記入して下さい。

⑤ 渡航の目的を記入して下さい。

⑥ ご希望の振込先を記入して下さい。口座番号は左づめで記入して下さい。金融機関コードと支店コードも記入して下さい。(わかる範囲で構いません)

### 添付書類について

1. 診療内容明細書(FormA)と領収明細書(FormB)を添付して下さい。  
※書類が外国語で書かれている場合は、日本語の翻訳文(翻訳者の住所・氏名を記載)が必要です。

2. パスポートの入出国の確認が必要になります。お名前・ご住所が確認できるページも併せてコピーを添付して下さい。

### 申請について

太枠内を記入して下さい。医科・歯科・調剤、各科毎に、また各月毎に申請書が必要になります。

ご申請頂いてから、お振込までに国保連合会に審査を依頼する関係で、2~3ヶ月かかる場合がございますのでご了承下さい。

⑨ 国内の療養費支払い基準に基づき支給決定致しますので、必ずしも申請された額の給付分をお振込出来るとは限りません。

国民健康保険療養費支給申請書

(第 回)

令和 年 月 日

神奈川県医師国民健康保険組合理事長 殿

〒 -

申請者  
(組合員)

住所

海外療養費

氏名 印

電話番号 ( )

次のとおり療養に要した費用に関する証拠書類を添えて申請いたします。

療養月 令和 年 月分

|      |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| 個人番号 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|

|                     |                                                        |                          |                         |       |       |       |        |            |
|---------------------|--------------------------------------------------------|--------------------------|-------------------------|-------|-------|-------|--------|------------|
| 医療機関コード             |                                                        | 保険種別                     | ①. 国                    | 1. 本入 | 3. 未入 | 5. 家入 | 7. 高入8 | 9. 高入7     |
| ※設定機関コード            |                                                        |                          | 4. 退                    | 2. 本外 | 4. 未外 | 6. 家外 | 8. 高外8 | 0. 高外7     |
| 給付割合                | 7割 8割 9割 10割                                           | (療養を受けた)<br>被保険者氏名       |                         |       |       |       |        | 組合員・家族・従業員 |
| 保険者番号               | 1 4 3 0 1 6                                            | 被保険者証<br>記号・番号           | 31 -                    |       |       |       |        |            |
| 性別                  | 1 . 男 2 . 女                                            | 生年月日                     | 3.昭和 4.平成 年 月 日<br>5.令和 |       |       |       |        |            |
| 療養種別                | 01. 一般診療 02. 装具 03. 柔整 04. マッサージ 05. 鍼灸 07. 移送 08. その他 |                          |                         |       |       |       |        |            |
| 点数表                 | 1. 医科 3. 歯科 4. 調剤                                      | 実日数                      | 日                       |       | 食事日数  |       | 日      |            |
| 療養に要した費用            | 円                                                      | 傷病名                      |                         |       |       |       |        |            |
| 一部負担金               |                                                        | 発病又は負傷                   | 令和 年 月 日                |       |       |       |        |            |
| 食事に要した費用            |                                                        | 傷病経過                     |                         |       |       |       |        |            |
| 食事標準負担額<br>(薬剤負担金)  |                                                        | 療養期間                     | 令和 年 月 日から              |       |       |       |        |            |
| ※査定金額               |                                                        |                          | 令和 年 月 日まで              |       |       |       |        |            |
| 支給金額                |                                                        | 療養の給付を受けることのでき<br>なかった理由 |                         |       |       |       |        |            |
| 病院、診療所等の<br>名称及び所在地 |                                                        | 渡航目的                     |                         |       |       |       |        |            |

|     |       |                 |           |       |      |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|-----|-------|-----------------|-----------|-------|------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| 振込先 | 銀行    | 支店<br>本店<br>出張所 | 預金種目      | 1. 普通 | 口座番号 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|     | 信用金庫  |                 | 2. 当座     | 口座名義人 |      |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|     | 信用組合  |                 | 3. その他( ) |       |      |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|     | 番号( ) |                 | (フリガナ)    |       |      |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|     | 番号( ) |                 |           |       |      |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

※欄は記入しないで下さい。

|              |      |      |     |    |    |    |   |       |             |             |             |  |
|--------------|------|------|-----|----|----|----|---|-------|-------------|-------------|-------------|--|
| ※処<br>理<br>欄 | 支給金額 | 円    |     |    |    |    |   | 備考    |             |             |             |  |
|              | 受付   | 常務理事 | 事務長 | 次長 | 主幹 | 主査 | 係 | 申請入力  | 令和 年 月 日    |             |             |  |
|              |      |      |     |    |    |    |   | 決済入力  | 令和 年 月 日    |             |             |  |
|              |      |      |     |    |    |    |   | 支給日入力 | 令和 年 月 日    |             |             |  |
|              |      |      |     |    |    |    |   | 決裁    | 令和 年 月 日 起案 | 令和 年 月 日 決裁 | 令和 年 月 日 完結 |  |

- |                                                                                                                                                                          |  |                               |  |                  |  |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|-------------------------------|--|------------------|--|
| 1 . Name of Patient (Last , First)                                                                                                                                       |  | Age (Date of Birth)           |  | Sex(Male・Female) |  |
| 患者名 _____                                                                                                                                                                |  | 年齢 ( 生年月日 ) _____             |  | 性別 ( 男・女 ) _____ |  |
| 2 . Name of Illness or Injury preferably with Number of International Classification of diseases for the use National Health Insurance (See the other side of this form) |  |                               |  |                  |  |
| 傷病名及び国民健康保険用国際疾病分類番号 _____                                                                                                                                               |  |                               |  |                  |  |
| 3 . Date of First Diagnosis :                                                                                                                                            |  | D / M / Y                     |  | / /              |  |
| 初診日                                                                                                                                                                      |  | 日 / 月 / 年                     |  | / /              |  |
| 4 . Duration of Treatment :                                                                                                                                              |  | _____ days                    |  |                  |  |
| 診療日数                                                                                                                                                                     |  | _____ 日                       |  |                  |  |
| 5 . Type of Treatment                                                                                                                                                    |  |                               |  |                  |  |
| 治療の分類                                                                                                                                                                    |  |                               |  |                  |  |
| <input type="checkbox"/> Hospitalization : From _____ / _____ / _____ , to _____ / _____ / _____ ( _____ days)                                                           |  |                               |  |                  |  |
| 入院 自 _____ / _____ / _____ , 至 _____ / _____ / _____ ( _____ 日間)                                                                                                         |  |                               |  |                  |  |
| <input type="checkbox"/> Out patient or Home Visit : _____ / _____ / _____ , _____ / _____ / _____                                                                       |  |                               |  |                  |  |
| 入院外 _____ / _____ / _____ , _____ / _____ / _____                                                                                                                        |  |                               |  |                  |  |
| 6 . Nature and Condition of Illness or Injury (in brief)                                                                                                                 |  |                               |  |                  |  |
| 症状の概要 _____                                                                                                                                                              |  |                               |  |                  |  |
| 7 . Prescription , Operation and Any other treatments (in brief)                                                                                                         |  |                               |  |                  |  |
| 処方、手術その他の処置の概要 _____                                                                                                                                                     |  |                               |  |                  |  |
| 8 . Was the treatment required as a result of an accidental injury ? Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>                                            |  |                               |  |                  |  |
| 治療は事故の傷害によるものですか。 はい いいえ                                                                                                                                                 |  |                               |  |                  |  |
| 9 . Itemized Amounts paid to Hospital and/or Attending Physician : Form B                                                                                                |  |                               |  |                  |  |
| 治療実費 _____ 様式 B                                                                                                                                                          |  |                               |  |                  |  |
| 10 . Name and Address of Attending Physician                                                                                                                             |  |                               |  |                  |  |
| 担当医の名前及び住所                                                                                                                                                               |  |                               |  |                  |  |
| Name 名前 :                                                                                                                                                                |  | Last 姓 _____                  |  | First 名 _____    |  |
| Address 住所 :                                                                                                                                                             |  | Home 自宅 _____                 |  | phone 電話 _____   |  |
|                                                                                                                                                                          |  | Office 病院又は診療所 _____          |  | phone 電話 _____   |  |
| Date 日付 :                                                                                                                                                                |  | Signature 署名 _____            |  |                  |  |
|                                                                                                                                                                          |  | Attending Physician 担当医 _____ |  |                  |  |
| Reference Number of your Medical Record (if applicable)                                                                                                                  |  |                               |  |                  |  |
| 診療録の番号 _____                                                                                                                                                             |  |                               |  |                  |  |

Itemized receipt  
**領 収 明 細 書**

|                                    |           |    |    |
|------------------------------------|-----------|----|----|
| (1) Fee for initial office visit   | 初診料       | \$ |    |
| (2) Fee for follow-up office visit | 再診料       | \$ |    |
| (3) Fee for home visit             | 往診料       | \$ |    |
| (4) Fee for hospital visit         | 入院管理料     | \$ |    |
| (5) Hospitalization                | 入院費       | \$ |    |
| (6) Consultation                   | 診察費       | \$ |    |
| (7) Operation                      | 手術費       | \$ |    |
| (8) X-ray examination              | X線検査費     | \$ |    |
| (9) Medication                     | 医薬費       | \$ |    |
| (10) Anesthetics                   | 麻酔費       | \$ |    |
| (11) Operating room charge         | 手術室費用     | \$ |    |
| (12) Others (specify)              | その他(項目明記) | \$ | \$ |
| (13) Total                         | 合 計       | \$ |    |

Important : Exclude the amount irrelevant to the treatment, i-e, extra charge for a bed.

注 意 : 高級室料等治療に直接関係ないものは除いて下さい。

Name and Address of Attending Physician / Superintendent of Hospital or Clinic

担当医又は病院事務長の名前及び住所

Name

名前 : Last First Title  
姓 名 称号

Address : Home 自宅 Phone 電話

住所 Office 病院又は診療所 Phone 電話

Date : Signature

日付 署名

# RECEIPT (DENTAL)

## 領収明細書(歯科)

|                                                                                                                                                                                                                                                                     |                                                          |                 |                 |                 |                                                                                                                       |  |  |  |  |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------|-----------------|-----------------|-----------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|--|--|--|
| <b>Request to Attending physician</b><br>担当医へお願い                                                                                                                                                                                                                    |                                                          |                 |                 |                 |                                                                                                                       |  |  |  |  |
| 1. Please fill in this form so that the patient may claim the National Health insurance benefit.<br>この様式は患者の国民健康保険の給付の申請に必要ですので、証明をお願いします。                                                                                                                          |                                                          |                 |                 |                 |                                                                                                                       |  |  |  |  |
| 2. This form should be completed and signed by the attending physician.<br>この様式は担当医が記入し、署名してください。                                                                                                                                                                   |                                                          |                 |                 |                 |                                                                                                                       |  |  |  |  |
| 3. One form for each month and one for hospitalization / outpatient(home visit) should be filled out.<br>各月毎、入院・入院外毎に、この様式 1 枚が必要です。                                                                                                                                |                                                          |                 |                 |                 |                                                                                                                       |  |  |  |  |
| Separate receipt required for prescriptions.<br>薬材料は別に処方箋を添付のこと。                                                                                                                                                                                                    |                                                          |                 |                 |                 |                                                                                                                       |  |  |  |  |
| <b>Permanent ( 疾病の名称および部位 )</b><br><table border="1"> <tr> <td>8 7 6 5 4 3 2 1</td> <td>1 2 3 4 5 6 7 8</td> </tr> <tr> <td>8 7 6 5 4 3 2 1</td> <td>1 2 3 4 5 6 7 8</td> </tr> </table>                                                                            | 8 7 6 5 4 3 2 1                                          | 1 2 3 4 5 6 7 8 | 8 7 6 5 4 3 2 1 | 1 2 3 4 5 6 7 8 | <b>Baby teeth ( 乳歯 )</b><br><table border="1"> <tr> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> </tr> </table> |  |  |  |  |
| 8 7 6 5 4 3 2 1                                                                                                                                                                                                                                                     | 1 2 3 4 5 6 7 8                                          |                 |                 |                 |                                                                                                                       |  |  |  |  |
| 8 7 6 5 4 3 2 1                                                                                                                                                                                                                                                     | 1 2 3 4 5 6 7 8                                          |                 |                 |                 |                                                                                                                       |  |  |  |  |
|                                                                                                                                                                                                                                                                     |                                                          |                 |                 |                 |                                                                                                                       |  |  |  |  |
|                                                                                                                                                                                                                                                                     |                                                          |                 |                 |                 |                                                                                                                       |  |  |  |  |
| <b>Identify examined teeth :</b> ( 該当する部位を○で囲み病名をつける )<br>・ Cavity ( C ) ( 虫歯 )                      ・ missing teeth ( F ) ( 欠歯 )    ・ stomatitis ( G ) ( 口内炎 )<br>・ Phrrhes alveolaris ( P ) ( 歯槽膿漏 )    ・ extraction needed ( Z ) ( 要抜歯 )                         |                                                          |                 |                 |                 |                                                                                                                       |  |  |  |  |
| <b>Date of First Diagnosis (初診日)</b> _____<br><b>Days of Diagnosis and Treatment (診療を行った実日数)</b> _____ <b>day (日間)</b><br><b>Office Visit Fees (診断料)</b> _____<br><b>Examination Fees (検査料)</b> _____<br><b>X-Ray Fee (レントゲン)</b> _____<br><b>Other (その他)</b> _____ | <b>Currency paid ( 支払通貨 )</b><br>_____<br>_____<br>_____ |                 |                 |                 |                                                                                                                       |  |  |  |  |
| <b>Services ( 治療した歯の部位と治療の種類 )</b>                                                                                                                                                                                                                                  |                                                          |                 |                 |                 |                                                                                                                       |  |  |  |  |
| <b>Describe when gold or platinum was used (治療材料に金、白金を使用したときは特記してください)</b>                                                                                                                                                                                          |                                                          |                 |                 |                 |                                                                                                                       |  |  |  |  |
| ・ Filling ( 充てん )                                                                                                                                                                                                                                                   |                                                          |                 |                 |                 |                                                                                                                       |  |  |  |  |
| ・ Inlaying ( インレー又はアンレー )                                                                                                                                                                                                                                           |                                                          |                 |                 |                 |                                                                                                                       |  |  |  |  |
| ・ Capping ( metal ) ( 金属冠 )                                                                                                                                                                                                                                         |                                                          |                 |                 |                 |                                                                                                                       |  |  |  |  |
| ・ Jacket capping ( ジャケット冠 )                                                                                                                                                                                                                                         |                                                          |                 |                 |                 |                                                                                                                       |  |  |  |  |
| ・ Capping connected ( 歯冠継続歯 )                                                                                                                                                                                                                                       |                                                          |                 |                 |                 |                                                                                                                       |  |  |  |  |
| <b>Chipped Teeth ( 欠損歯を補綴した場合その部位と種類 )</b>                                                                                                                                                                                                                          |                                                          |                 |                 |                 |                                                                                                                       |  |  |  |  |
| ・ Bridge ( ブリッジ )                                                                                                                                                                                                                                                   |                                                          |                 |                 |                 |                                                                                                                       |  |  |  |  |
| ・ Partial artificial teeth ( 局部義歯 )                                                                                                                                                                                                                                 |                                                          |                 |                 |                 |                                                                                                                       |  |  |  |  |
| ・ Total artificial teeth ( 総義歯 )                                                                                                                                                                                                                                    |                                                          |                 |                 |                 |                                                                                                                       |  |  |  |  |
| <b>Name of Hospital or Clinic ( 病院又は診療所名称 )</b><br>_____<br><b>Signature of Doctor ( 担当医署名 )</b><br>_____<br><b>Date ( 日付 )</b> _____                                                                                                                               | <b>Total ( 計 )</b><br>_____                              |                 |                 |                 |                                                                                                                       |  |  |  |  |

Table of International Classification of Diseases for the use of National Health Insurance

## 国民健康保険用国際疾病分類表

| Certain infectious and parasitic diseases<br>感染症及び寄生虫症                                           | Diseases of the blood and blood-forming organs<br>and certain disorders involving the immune<br>mechanism<br>血液及び造血器の疾患並びに免疫機構の傷害 |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 0101 Intestinal infectious diseases<br>腸管感染症                                                     | 0301 Anemia<br>貧血                                                                                                                 |
| 0102 Tuberculosis<br>結核                                                                          | 0302 Others<br>その他の血液及び造血器の疾患並びに免疫機構<br>の傷害                                                                                       |
| 0103 Infections with a predominantly sexual mode of<br>transmission<br>主として性的伝播様式をとる感染症          | Endocrine, nutritional and metabolic disorders<br>内分泌、栄養及び代謝疾患                                                                    |
| 0104 Viral infections characterized by skin and<br>mucous membrane lesions<br>皮膚及び粘膜の病変を伴うウィルス疾患 | 0401 Disorders of thyroid gland<br>甲状腺障害                                                                                          |
| 0105 Viral hepatitis<br>ウィルス肝炎                                                                   | 0402 Diabetes mellitus<br>糖尿病                                                                                                     |
| 0106 Other viral diseases<br>その他のウィルス疾患                                                          | 0403 Others<br>その他の内分泌、栄養及び代謝疾患                                                                                                   |
| 0107 Mycoses<br>真菌症                                                                              | Mental and behavioural disorders<br>精神及び行動の障害                                                                                     |
| 0108 Sequelae of infectious and parasitic diseases<br>感染症及び寄生虫症の続発・後遺症                           | 0501 Vascular dementia and unspecified dementia<br>血管性及び詳細不明の痴呆                                                                   |
| 0109 Others<br>その他の感染症及び寄生虫症                                                                     | 0502 Mental and behavioural disorders due to<br>psychoactive substance use<br>精神作用物質使用による精神及び行動の障害                                |
| Neoplasms<br>新生物                                                                                 | 0503 Schizophrenia, schizotypal and delusional<br>disorders<br>精神分裂病、分裂病型障害及び妄想性障害                                                |
| 0201 Malignant neoplasm of stomach<br>胃の悪性新生物                                                    | 0504 Mood [ affective ] disorders<br>気分 [ 感情 ] 障害 ( 躁うつ病を含む )                                                                     |
| 0202 Malignant neoplasm of colon<br>結腸の悪性新生物                                                     | 0505 Neurotic stress-related and somatoform<br>disorders<br>神経症性障害、ストレス関連障害及び身体表現性<br>障害                                          |
| 0203 Malignant neoplasm of rectosigmoid junction<br>and rectum<br>直腸S状結腸移行部及び直腸の悪性新生物            | 0506 Mental retardation<br>精神遅滞                                                                                                   |
| 0204 Malignant neoplasm of liver and intrahepatic<br>bile ducts<br>肝及び肝内胆管の悪性新生物                 | 0507 Others<br>その他の精神及び行動の障害                                                                                                      |
| 0205 Malignant neoplasm of trachea, bronchus and<br>lung<br>気管、気管支及び肺の悪性新生物                      | Diseases of the nervous system<br>神経系の疾患                                                                                          |
| 0206 Malignant neoplasm of breast<br>乳房の悪性新生物                                                    | 0601 Parkinson's disease<br>パーキンソン病                                                                                               |
| 0207 Malignant neoplasm of uterus<br>子宮の悪性新生物                                                    | 0602 Alzheimer's disease<br>アルツハイマー病                                                                                              |
| 0208 Malignant lymphoma<br>悪性リンパ腫                                                                | 0603 Epilepsy<br>てんかん                                                                                                             |
| 0209 Leukemia<br>白血病                                                                             | 0604 Cerebral palsy and other paralytic syndromes<br>脳性麻痺及びその他の麻痺性症候群                                                             |
| 0210 Other malignant neoplasms<br>その他の悪性新生物                                                      | 0605 Disorders of autonomic nervous system<br>自律神経系の障害                                                                            |
| 0211 Others<br>良性新生物及びその他の新生物                                                                    | 0606 Others<br>その他の神経系の疾患                                                                                                         |

|      |                                                                               |      |                                                                                                                            |
|------|-------------------------------------------------------------------------------|------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 1112 | Others<br>その他の消化器系の疾患                                                         | 1408 | Other disorders of breast and female genital organs<br>乳房及びその他の女性性器の疾患                                                     |
|      | Diseases of the skin and subcutaneous tissue<br>皮膚及び皮下組織の疾患                   |      | Pregnancy, childbirth and the puerperium<br>妊娠、分娩及び産じょく                                                                    |
| 1201 | Infections of the skin and subcutaneous tissue<br>皮膚及び皮下組織の感染症                | 1501 | Abortion<br>流産                                                                                                             |
| 1202 | Dermatitis and eczema<br>皮膚及び湿疹                                               | 1502 | Edema, proteinuria and hypertensive disorders in pregnancy, childbirth and the puerperium<br>妊娠中毒症                         |
| 1203 | Others<br>その他の皮膚及び皮下組織の疾患                                                     | 1503 | Single spontaneous delivery*<br>単胎自然分娩                                                                                     |
|      | Diseases of the musculoskeletal system and connective tissue<br>筋骨格系及び結合組織の疾患 | 1504 | Others<br>その他の妊娠、分娩及び産じょく                                                                                                  |
| 1301 | Inflammatory polyarthropathies<br>炎症性多発性関節障害                                  |      | Certain conditions originating in the perinatal period<br>周産期に発生した病態                                                       |
| 1302 | Arthrosis<br>関節症                                                              | 1601 | Disorders related to pregnancy and fetal growth<br>妊娠及び胎児発育に関連する障害                                                         |
| 1303 | Spondylopathies<br>脊椎障害（脊椎症を含む）                                               | 1602 | Others<br>その他の周産期に発生した病態                                                                                                   |
| 1304 | Intervertebral disc disorders<br>椎間板障害                                        |      | Congenital Malformations, deformations and chromosomal abnormalities<br>先天奇形、変形及び染色体異常                                     |
| 1305 | Cervicobrachial syndrome<br>頸腕症候群                                             | 1701 | Congenital anomalies of heart<br>心臓の先天奇形                                                                                   |
| 1306 | Low back pain and sciatica<br>腰痛症及び挫骨神経痛                                      | 1702 | Others<br>その他の先天奇形、変形及び染色体異常                                                                                               |
| 1307 | Other dorsopathies<br>その他の脊柱障害                                                |      | Symptoms, signs and abnormal clinical and laboratory findings, not elsewhere classified<br>症状、徴候及び異常臨床所見・異常検査所見で他に分類されないもの |
| 1308 | Shoulder lesions<br>肩の障害                                                      | 1800 | Symptoms, signs and abnormal clinical and laboratory findings, not elsewhere classified<br>症状、徴候及び異常臨床所見・異常検査所見で他に分類されないもの |
| 1309 | Disorders of bone density and structure<br>骨の密度及び構造の障害                        |      | Injury, poisoning and certain other consequences of external causes<br>損傷、中毒及びその他の外因の影響                                    |
| 1310 | Others<br>その他の筋骨格系及び結合組織の疾患                                                   | 1901 | Fracture<br>骨折                                                                                                             |
|      | Diseases of the Genitourinary system<br>尿路性器系の疾患                              | 1902 | Intracranial injury and injury to organs<br>頭蓋内損傷及び内臓の損傷                                                                   |
| 1401 | Glomerular diseases<br>糸球体疾患及び腎尿管間質性疾患                                        | 1903 | Burns and corrosions<br>熱湯及び腐食                                                                                             |
| 1402 | Renal failure<br>腎不全                                                          | 1904 | Poisoning<br>中毒                                                                                                            |
| 1403 | Urolithiasis<br>尿路結石症                                                         | 1905 | Others<br>その他                                                                                                              |
| 1404 | Other diseases of urinary system<br>その他の尿路系の疾患                                |      |                                                                                                                            |
| 1405 | Hyperplasia of prostate<br>前立腺肥大（症）                                           |      |                                                                                                                            |
| 1406 | Other diseases of male genital organs<br>その他の男性性器の疾患                          |      |                                                                                                                            |
| 1407 | Menopausal and postmenopausal disorders<br>月経障害及び閉経周辺期障害                      |      |                                                                                                                            |

Important : No.1503 with asterisk is not covered by the National Health Insurance.  
1503 番(\*印)は国民健康保険は適用されません。

|                                                                  |  |                                                                            |
|------------------------------------------------------------------|--|----------------------------------------------------------------------------|
| Diseases of the eye and adnexa<br>眼及び付属器の疾患                      |  | 0912 Others<br>その他の循環器系の疾患                                                 |
| 0701 Conjunctivitis<br>結膜炎                                       |  | Diseases of the respiratory system<br>呼吸器系の疾患                              |
| 0702 Cataract<br>白内障                                             |  | 1001 Acute nasopharyngitis [ common cold ]<br>急性鼻咽頭炎 [ かぜ ]                |
| 0703 Disorders of refraction and accomodation<br>屈折及び調節の障害       |  | 1002 Acute pharyngitis and tonsillitis<br>急性鼻咽頭炎及び急性扁桃腺                    |
| 0704 Others<br>その他の眼及び付属器の疾患                                     |  | 1003 Other acute upper respiratory infections<br>その他の急性上気道感染症              |
| Diseases of the ear and mastoid process<br>耳及び乳様突起の疾患            |  | 1004 Pneumonia<br>肺炎                                                       |
| 0801 Otitis externa<br>外耳炎                                       |  | 1005 Acute bronchitis and bronchiolitis<br>急性気管支炎及び急性細気管支炎                 |
| 0802 Other disorders of external ear<br>その他の外耳疾患                 |  | 1006 Allergic rhinitis<br>アレルギー性鼻炎                                         |
| 0803 Otitis media<br>中耳炎                                         |  | 1007 Chronic sinusitis<br>慢性副鼻腔炎                                           |
| 0804 Other diseases of middle ear and mastoid<br>その他の中耳及び乳様突起の疾患 |  | 1008 Bronchitis, not specified as acute or chronic<br>急性又は慢性と明示されない気管支炎    |
| 0805 Disorders of vestibular function<br>メニエール病                  |  | 1009 Chronic obstructive pulmonary diseases<br>慢性閉塞性肺疾患                    |
| 0806 Other diseases of inner ear<br>その他の内耳疾患                     |  | 1010 Asthma<br>喘息                                                          |
| 0807 Others<br>その他の耳疾患                                           |  | 1011 Others<br>その他の呼吸器系の疾患                                                 |
| Diseases of the circulatory system<br>循環器系の疾患                    |  | XI Diseases of the digestive system<br>消化器系の疾患                             |
| 0901 Hypertensive diseases<br>高血圧性疾患                             |  | 1101 Dental caries<br>う蝕                                                   |
| 0902 Ischaemic heart diseases<br>虚血性心疾患                          |  | 1102 Gingivitis and periodontal disease<br>歯肉炎及び歯周疾患                       |
| 0903 Other forms of heart disease<br>その他の心疾患                     |  | 1103 Other diseases of teeth and supporting<br>structures<br>その他の歯及び歯の支持機構 |
| 0904 Subarachnoid haemorrhage<br>くも膜下出血                          |  | 1104 Gastric and duodenal ulcer<br>胃潰瘍及び十二指腸潰瘍                             |
| 0905 Intracerebral haemorrhage<br>脳内出血                           |  | 1105 Gastritis and duodenitis<br>胃炎及び十二指腸炎                                 |
| 0906 Occlusion of precerebral and cerebral arteries<br>脳梗塞       |  | 1106 Alcoholic liver disease<br>アルコール性肝疾患                                  |
| 0907 Cerebral atherosclerosis<br>脳動脈硬化 ( 症 )                     |  | 1107 Chronic hepatitis, not elsewhere classified<br>慢性肝炎 ( アルコール性のものを除く )  |
| 0908 Other cerebrovascular diseases<br>その他の脳血管疾患                 |  | 1108 Liver cirrhosis<br>肝硬変 ( アルコール性のものを除く )                               |
| 0909 Atherosclerosis<br>動脈硬化 ( 症 )                               |  | 1109 Other diseases of liver<br>その他の肝疾患                                    |
| 0910 Hemorrhoids<br>痔核                                           |  | 1110 Cholelithiasis and cholecystitis<br>胆石症及び胆のう炎                         |
| 0911 Hypotension<br>低血圧症                                         |  | 1111 Diseases of pancreas<br>膵疾患                                           |